

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 72

LE TRAITEMENT
DES ORCHI-ÉPIDIDYMITES AIGÜES
PAR LES INJECTIONS INTRA-FUNICULAIRES
DE SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Mai 1938

PAR

Henri-Pierre-Jean-Augustin LANUSSE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Sauternes (Gironde), le 11 Octobre 1913

Examinateurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président
		PAPIN, professeur.....	Juges
		MASSÉ, agrégé.....	
		DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 72

LE TRAITEMENT
DES ORCHI-ÉPIDIDYMITES AIGÜES
PAR LES INJECTIONS INTRA-FUNICULAIRES
DE SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Mai 1938

PAR

Henri-Pierre-Jean-Augustin LANUSSE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Sauternes (Gironde), le 11 Octobre 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président</i>
		PAPIN, professeur.....	<i>Juges</i>
		MASSÉ, agrégé.....	
		DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — ASSESSEUR : M. LABAT

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale { MAURIAC	Physiologie..... FABRE
Clinique chirurgicale et gynécologique... { DUPÉRIÉ	Clinique ophtalmologique . TEULIÈRES
Clinique chirurgicale GUYOT	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie .. ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales ... PAPIN	Clinique médicale des mala- dies des enfants CRUCHET
Clinique d'accouchements.. CARLES	Chimie biologique et médicale..... MACHEBŒUF
Anatomie pathologique et microscopie clinique ANDÉRODIAS	Physiologie médicale et pharmaceutique ... WANGERMEZ
Anatomie DAMADE	Médecine coloniale et Clini- que des maladies exotiques BONNIN
Anatomie générale et histologie VILLEMIN	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques..... PETGES
Hygiène LEURET	Clinique des maladies des voies urinaires DUVERGEY
Médecine légale et dentologie LANDE	Clinique des maladies nerveuses et mentales ABADIE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale RÉCHOU	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN
Chimie CHELLE	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT
Botanique et matière médicale ... GOLSE	Hydrologie thérapeutique et Climatologie GREYX
Pharmacie VITTE	Clinique odonto-stomatologique..... DUBECQ
Zoologie et parasitologie ... MANDOUL	
Médecine expérimentale ... AUBERTIN	

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... { N...	Chirurgie générale { CHARRIER
Physiologie..... { DUFOUR	Obstétrique RIVIÈRE
Médecine générale { PIECHAUD	Ophtalmologie BEAUVIEUX
	Oto-rhino-laryngologie DESPONS
	Dermatologie et syphilogra- phie JOULIA
	Physique médicale N...
	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie, N...



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Anatomie..... J. BEAUVIEUX	Zoologie et parasitologie ... R. SIGALAS
Physiologie PETITEAU	Physique médicale et pharmaceutique... AURIAC
Médecine opératoire JEANNENEY	Médecine légale DERVILLÉE
Accouchements RIVIÈRE	Urologie DARGET
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET	Botanique GIRARD
Ophtalmologie..... CARANNES (en congé)	Bactériologie MOUREAU
Puériculture FAUGÈRE	Législation pharmaceutique POPLAWSKI
Pharmacie galénique ... MESNARD	Chimie minérale... CASTAGNOU
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde
reconnaissance en échange des lourds
sacrifices qu'elle s'est imposée pour moi.

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

AU DOCTEUR GUY PENAUD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

CHEF DE CLINIQUE DU SERVICE D'UROLOGIE DE LA FACULTÉ

Qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé
de ses conseils. Qu'il trouve ici
l'expression de notre reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
En témoignage de notre gratitude.

LE TRAITEMENT
DES
ORCHI-ÉPIDIDYMITES AIGÜES
PAR LES INJECTIONS INTRA-FUNICULAIRES
DE SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

INTRODUCTION

L'orchi-épididymite aiguë est une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie. Elle apparaît aussi, quoique moins souvent, comme complication chez les prostatiques, les rétrécis, les calculeux, les urétrotomisés.

Divers traitements de cette affection ont été expérimentés, mais soit parce qu'ils se sont montrés inefficaces à l'expérience, soit parce qu'ils demandent une spécialisation trop poussée, ils ne sont guère employés dans la pratique courante.

Aussi la plupart des praticiens s'en tiennent encore à la vieille thérapeutique de l'orchi-épididymite aiguë, par le repos au lit et l'application de cataplasmes ou de pommades résolutives sur les bourses, les testicules étant soutenus par une planchette.

Ce traitement, s'il vient à bout de l'orchite dans un laps de temps qui varie de quinze jours à un mois, présente cependant plusieurs gros inconvénients : tout d'abord il oblige le malade à garder le lit pendant au moins deux semaines; ensuite il ne vient à bout de l'extrême douleur qui caractérise l'orchi-épididymite aiguë que grâce à l'appli-

cation permanente de cataplasmes, d'où l'obligation pour le malade de soins continus, ennuyeux et fatigants; enfin il ne calme qu'incomplètement les douleurs qui rendent cette affection si pénible.

Le traitement, que nous allons expérimenter suivant les directives du Professeur Duvergey et les conseils du Docteur Guy Penaud, nous a été inspiré par une communication du Professeur Marion, qui soulève la possibilité de traiter les orché-épididymites aiguës par une injection de sérum physiologique dans le cordon spermatique.

Bien qu'il ait une influence heureuse sur l'évolution de la maladie, ce n'est pas tellement un traitement curatif de l'orché-épididymite elle-même, mais plutôt un traitement de la douleur, symptôme capital à notre avis, de cette affection et en même temps un traitement ambulatoire.

Nous nous proposons dans cet ouvrage d'en exposer le principe, la technique, les indications et les résultats. Mais auparavant nous croyons utile de rappeler brièvement quelques données étiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques des orché-épididymites aiguës et de résumer ensuite les principaux traitements employés jusqu'à ce jour avec leurs avantages, leurs inconvénients et leurs résultats respectifs.

Notre travail comportera donc les chapitres suivants :

I. Rappel étiologique, anatomo-pathologique et clinique des orché-épididymites aiguës.

II. Etude critique des diverses thérapeutiques proposées jusqu'à ce jour.

III. Principe de notre méthode.

IV. Technique de l'injection.

V. Avantage et indications.

VI. Observations inédites.

VII. Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Les orché-épididymites aiguës

Nos observations ne portant que sur des orché-épididymites aiguës par infection urétrale, nous laisserons de côté les orché-épididymites par infection vasculaire : artérielle, veineuse ou lymphatique.

De toutes les orché-épididymites aiguës par infection urétrale, l'orchite blennorragique étant de beaucoup la plus fréquente et la plus importante c'est elle que nous décrivons en détail.

Nous rappellerons ensuite très brièvement les particularités qui caractérisent l'autre type d'orchite par infection urétrale qui nous intéresse : l'orché-épididymite des urinaires.

I. — LES ORCHÉ-ÉPIDIDYMITES AIGUES BLENNORRAGIQUES

1. — *Étiologie*

L'orché-épididymite complique environ un dixième des blennorragies et c'est l'organe du côté gauche qui est le plus souvent atteint, c'est une complication assez tardive puisque elle n'éclate en général que vers la quatrième semaine après le début de l'affection. La virulence de l'infection paraît ne jouer qu'un rôle secondaire, par contre certaines causes occasionnelles : traumatismes, exercices de sport, excès de régime, excitations génitales, injections mal faites, en favorisent l'éclosion.

2. — *Anatomie pathologique*

Les vésicules séminales et la prostate sont fréquemment atteintes.

Le canal déférent est souvent gros, et autour de lui le tissu cellulaire est enflammé : funiculite.

Le scrotum est atteint par l'inflammation : il y a œdème, épaissement.

L'atteinte de la vaginale dans les orchio-épididymites blennorragiques est constante et se traduit par la formation d'un hydrocèle appréciable.

L'épididyme est énorme, dur, bosselé, il s'étale sur le testicule qu'il masque en partie : d'ailleurs cette augmentation considérable de volume est souvent due à la péri-épididymite.

Quel est l'état du testicule enfin ? Habituellement il reste en dehors du processus inflammatoire : cependant on constate à son niveau un léger état congestif.

3. — *Symptomatologie*

C'est en général quatre semaines après le début de la blennorragie qu'éclate l'orchio-épididymite. Mais elle peut apparaître très tardivement : plusieurs mois ou même plusieurs années après.

a) DÉBUT. — Presque toujours elle débute brusquement en quelques heures par de la douleur, du gonflement : en même temps l'écoulement urétral se tarit ou diminue considérablement.

La douleur est inguino-iliaque, ne siégeant qu'exceptionnellement dans l'organe malade : elle s'irradie vers les lombes, la région crurale, l'abdomen ; les bourses donnent au malade la sensation de tension, de pesanteur.

En même temps que la douleur apparaît le gonflement. C'est d'abord un simple épaissement, noueux, douloureux

à la pression, de la queue de l'épididyme; le canal déférent, la plupart du temps, est aussi augmenté de volume et sensible à la palpation soutenue.

Très rapidement les symptômes s'accroissent et la maladie prend ses caractères de la période d'état.

b) ETAT. — *La douleur* devient intense, pongitive, elle tend à se cantonner dans les bourses : la plus petite pression, le plus léger attouchement, la station debout, en augmentent l'acuité. Souvent il y a des irradiations douloureuses jusque dans les espaces intercostaux, le rachis, les cuisses. Cette douleur produit par voie réflexe des troubles viscéraux plus ou moins marqués : constriction épigastrique douloureuse sans doute par irradiation vers les centres sympathiques, vomissements, constipation, réaction cardiaque.

Le gonflement marche de pair avec la douleur. L'épididyme devient volumineux, il s'étale sur le bord postérieur du testicule en un gros bourrelet allongé, bosselé, sous lequel disparaît en partie la glande génitale.

Souvent la marche est si rapide que l'on ne trouve, lorsqu'on est appelé auprès du malade, qu'un énorme bloc dur, extrêmement douloureux, présentant la forme du classique cimier de casque, le testicule disparaissant le plus souvent sous une lame très tendue d'épanchement vaginal.

Les bourses gonflent et rougissent; le canal déférent est gros et douloureux; quelques fois le cordon tout entier s'étale en une masse allongée et douloureuse, qui du pubis tombe sur le testicule. Le toucher rectal est pénible, la pression sur la prostate et les vésicules séminales, douloureuse.

Tandis que le gonflement arrive à son acmé, la température se maintient aux environs de 38° 5-39°, la langue est saburrale, l'inappétence complète; parfois les vomissements persistent.

Au bout de trente-six heures environ la douleur spon-

tanée du début s'atténue sensiblement, mais la région reste extrêmement sensible.

Au total ces phénomènes durent de quatre à sept jours, en s'atténuant à partir du quatrième.

c) EVOLUTION. — Elle se fait d'habitude vers la résolution. La température tombe, l'appétit revient, la douleur diminue d'intensité, la rougeur et le gonflement s'atténuent, la souplesse revient; seule la queue de l'épididyme, plus rarement le corps ou la tête, restent durs, noueux, c'est le noyau épидидymaire qui souvent persistera très longtemps et sera la cause de l'oblitération épидидymaire.

Du quinzième au vingtième jour le malade se lève.

Au trentième jour environ tout est terminé.

4. — *Formes cliniques et complications*

Cependant les rechutes sont assez fréquentes : épидидymites à répétition, bilatérale, à bascule. Et à côté de cette forme aiguë classique nous avons des formes subaiguës, atténuées, ébauchées, avortées.

Mais nous trouvons aussi des formes compliquées et graves. Certaines complications sont précoces : suppuration et gangrène, complications péritonéales.

D'autres sont éloignées et même tardives : névralgies, oblitération épидидymaire surtout, atrophies testiculaires (rares).

II. — LES ÉPIDIDYMITES DES URINAIRES

Les calculeux, les prostatiques, les rétrécis, en un mot tous les malades chez lesquels l'état des voies urinaires justifie l'usage répété de la sonde font assez souvent des complications du côté de leurs organes génitaux.

Ces orché-épидидymites diffèrent des précédentes par leur début traînant, leur symptomatologie atténuée, le peu de réaction locale et générale qu'elles provoquent, la fréquence

avec laquelle l'épididyme et le testicule sont concurremment frappés, leur tendance à la suppuration et la facilité de leur récurrence.



En somme, que pouvons-nous retenir de ce rapide tableau clinique, qui nous permette d'orienter utilement notre thérapeutique ?

Nous retiendrons tout d'abord qu'en général l'orchépididymite aiguë est une affection relativement bénigne quant à son pronostic rapproché, qui évolue le plus souvent vers la guérison en deux ou quatre semaines.

En conséquence, nous croyons qu'il n'est pas utile de chercher à trop raccourcir la durée de l'évolution de cette affection par des traitements le plus souvent fort pénibles pour le malade, comme nous le verrons tout à l'heure.

Reste la complication éloignée de l'orchépididymite : l'oblitération épидидymaire par suite de la persistance d'un noyau induré au niveau de la queue de l'épididyme. Elle aggrave certes le pronostic, surtout quand il s'agit d'orchépididymite bilatérale, à cause de l'azoospermie qu'elle entraîne; mais fort heureusement cette azoospermie n'est pas une complication inévitable de la maladie, car à la longue ces noyaux indurés disparaissent le plus souvent. De nombreuses méthodes thérapeutiques ont pour but la disparition des noyaux indurés, mais comme nous le verrons plus tard, elles ne sont guère couronnées de succès. C'est pourquoi dans notre méthode nous ne chercherons pas à atteindre cette complication qui, quand elle est bien constituée, résiste souvent à toute thérapeutique.

Mais nous retiendrons surtout que la symptomatologie des orchites est dominée par le syndrome douloureux.

La douleur, nous venons en effet de le voir, est intense, pongitive, lancinante, exagérée par le moindre attouchement, présentant des irradiations diverses qui la rendent encore plus pénible. Pendant les trois ou quatre premiers

jours de la période d'état, ce sont des douleurs atroces, presque insupportables; pendant les dix jours qui suivent, elles sont encore très violentes et rendent très difficiles les manipulations et les soins préconisés par presque toutes les méthodes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour.

Enfin, ce sont ces phénomènes douloureux qui imposent au malade un long séjour au lit. La station debout est en effet pratiquement intolérable, du moins pendant les premiers jours, par suite des frottements répétés que fait subir la marche aux parties enflammées, extrêmement sensibles aux moindres frôlements, par suite du tiraillement exercé par un testicule et un épидидyme très augmentés de volume sur un cordon dont tous les éléments sont le siège d'une grosse inflammation, et par suite enfin des atroces souffrances spontanées ressenties par le malade et qui s'exagèrent dans cette position.

C'est donc cette douleur que notre méthode visera particulièrement; nous chercherons à l'atténuer et même à la faire disparaître très rapidement par une petite intervention : intervention qui sera unique, supprimant par conséquent les soins journaliers si ennuyeux et si pénibles pour le patient; intervention qui sera très facilement supportée par le malade, contrairement à certains traitements que nous passerons en revue tout à l'heure et qui déterminent des souffrances souvent insupportables.

Notre traitement, qui sera par conséquent symptomatique de la douleur, sera en même temps ambulatoire; en effet, le malade ne souffrant plus, les divers organes lésés ayant été rendus presque insensibles par l'injection de sérum physiologique dans le cordon, que nous préconisons, le malade pourra se lever et marcher avec un simple suspensoir ouaté, dans les heures qui suivent l'injection ou tout au moins le jour suivant.

CHAPITRE II

Revue critique des principaux traitements de l'orchi-épididymite aiguë

1. *Le traitement classique formulé par le Docteur Fournier.* — « Repos au lit, les bourses relevées le plus haut possible sur l'abdomen et immobilisées. Application continue de cataplasmes émollients, arrosés au besoin de laudanum. Bains répétés. Lavements ou laxatifs légers. Régime léger. Plus tard, quand la résolution est acquise, compresses d'eau blanche sur les bourses. Quand le malade commence à se lever, suspensor garni de ouate. Ne permettre la marche que quand la tumeur épидидymaire est devenue presque indolente à la pression. »

Cette méthode, en arrêtant l'inflammation, donne peut-être de bons résultats, mais outre qu'elle assujettit le malade au cataplasme permanent, elle l'oblige à garder le lit pendant toute la durée du traitement.

2. *Traitement par application de pommades résolutive :* onguent mercuriel, pommade à l'iodure de plomb.

Ce traitement est bien peu efficace et de plus il provoque parfois un érythème très violent.

3. *La méthode résolutive par application de sangsues,* sur la région funiculaire, est tout à fait malpropre et n'atténue les douleurs que provisoirement.

4. *Le suspensor ouaté caoutchouté de Langlebert,* qui n'est qu'une modification de l'appareil d'Horand, constitue

sans doute un excellent mode de traitement qui rend le séjour au lit inutile, mais la pression qu'il exerce sur le scrotum est très douloureuse et souvent même intolérable.

5. *Le Docteur Frenkel emploie la méthode de l'hyperémie provoquée ou procédé de Bier.* — « L'hyperémie stagnante entraînerait une imbibition scléreuse des tissus, elle diminuerait complètement la douleur et elle aurait un très grand pouvoir bactéricide. »

La méthode est la suivante : 1° On donne 1 gr. 50 de salicylate de soude pendant trois jours; 2° On fait sur le scrotum des onctions avec de la pommade à l'ichtyol; 3° On attire en bas une moitié de scrotum, et tenant l'autre moitié légèrement relevée on l'entoure avec une bande de caoutchouc de la largeur d'un doigt. On serre jusqu'à ce que le malade ressente une certaine douleur. On fixe alors les chefs.

On fait une onction sur le scrotum deux fois par jour. On laisse la bande de dix-huit à vingt heures. Repos de trois à quatre heures, et l'on remet la bande.

La douleur disparaîtrait dans les premières heures et il n'y aurait plus de traces de la maladie deux à trois semaines après.

Nous n'avons pas l'expérience de cette méthode, mais outre qu'elle oblige le malade à garder pendant quelque temps un appareil incommode, elle ne permet pas la marche, et d'autre part elle doit entraîner des douleurs insupportables pendant les premières heures.

6. *L'électricité* a été employée par certains. — *Lorin* préconise l'emploi des courants continus. Ce traitement permettrait au malade de se lever le cinquième jour, supprimerait la douleur et ferait disparaître très rapidement et pour toujours les noyaux indurés.

Cette méthode utilisée par d'autres n'a donné aucun résultat.

Becker a conseillé la galvanisation des épидидymes.

7. Suivant la méthode de Curling-Didan, qui les premiers ont employé la *réfrigération par la glace*, on applique sur les bourses relevées et cela pendant plusieurs jours un sac de caoutchouc rempli de glace.

Ce traitement est simple et donne de bons résultats, mais il condamne le patient au lit pendant toute la durée de sa maladie.

8. S'inspirant de cette dernière méthode *Du Castel* propose le *stypage avec le siphon de chlorure de méthyle*, qui non seulement calmerait les douleurs, mais encore abrégerait la durée de la maladie, et permettrait aux malades de se lever et de marcher sans gêne avec un suspensoir de Langlebert.

On peut aussi, plus simplement, utiliser du chlorure d'éthyle et un suspensoir ouaté ordinaire.

Desnos se trouve bien de ce traitement, avec en plus du salicylate de soude.

Nous sommes mal renseignés sur cette méthode, mais peut-être demande-t-elle à être appliquée par des mains expertes en raison des énergiques révulsions qu'elle détermine.

9. *Hamonic* traite ses malades par des *injections d'électrargol* dans l'épididyme et le testicule. Ces injections sont très douloureuses, de l'aveu même de son instigateur. En cinq à six jours la tension des tissus disparaît, la douleur se calme, la résolution se produit. On peut répéter l'injection tous les deux ou trois jours.

Luis ajoute à l'*injection d'électrargol* la *compression hyperémique du foyer épididymaire*.

Il injecte d'emblée 3 ou 4 cc. de solution concentrée. Au bout du cinquième jour le malade peut se lever. C'est alors que pour hâter la disparition du noyau épididymaire il emploie l'hyperémie du foyer épididymaire en pratiquant avec un tube de caoutchouc maintenu par une pince, la

compression du cordon testiculaire à la racine de la bourse malade.

Cette méthode est bien mal supportée par les malades tellement elle est douloureuse, et plusieurs chirurgiens qui l'ont essayée ont dû y renoncer pour cette raison.

10. *Restent toutes les méthodes chirurgicales* proprement dites : ponction, épидидymotomie. Elles n'intéressent que les orchites graves, et elles ne sont pas encore classiques car on préfère souvent éviter la section des tubes épидидymaires.

CHAPITRE III

Principe de notre Méthode

Notre traitement a donc pour but d'atteindre la douleur, symptôme primordial de l'orchi-épididymite aiguë.

Comment atteindre cette douleur ? Mais d'abord qu'est-ce que la douleur en général et plus particulièrement quelle est l'origine de la douleur dans le cas qui nous intéresse et quelles voies suit-elle ? Dans son ouvrage : *De la Chirurgie de la douleur*, R. Leriche répond d'une façon très précise à ces questions : nous allons lui emprunter les passages qui suivent :

« Quand on étudie de près ceux qui souffrent, on se convainc très vite qu'il y a une géométrie de la souffrance, et qu'en fin de compte il y a deux grandes sortes de douleurs qui ont leur origine dans deux parties différentes du système nerveux, l'une se consommant dans le territoire d'un nerf crânien ou spinal à topographie fixe, l'autre vivant d'un sympathique perturbé et dans le sympathique ».

« Le sympathique, à côté des éléments centrifuges classiques, possède des éléments centripètes, il peut donc former des arcs réflexes et être le point de départ de phénomènes douloureux ».

« Et le fait est que chez certains individus, les vaisseaux, au niveau desquels les terminaisons sympathiques sont très nombreuses, sont d'une extraordinaire sensibilité ».

« La vaso-motricité a une part immense dans l'apparition

et la violence de la douleur. Une douleur étant installée dans un membre, si l'on y change les valeurs de la circulation par une infiltration novocaïnique du sympathique, la douleur disparaît ».

« La méthode des infiltrations novocaïniques locales et des infiltrations directes de la chaîne sympathique a pour but de suspendre l'activité tonique du sympathique et de modifier ainsi les conditions physiologiques de la sensibilité douloureuse ».

Leriche montre par de nombreuses observations le rôle très important joué par le sympathique dans l'apparition de la plupart des phénomènes douloureux et il rappelle qu'il traita avec succès la douleur par ses opérations sur le sympathique : sympathectomie périartérielle, artériotomie, ramisection, ablation ganglionnaire.

« Cependant il est fort probable que le plus souvent le sympathique provoque la douleur, sans la conduire, en créant au niveau des terminaisons sensibles une atmosphère de vaso-constriction ou de vaso-dilatation ».

« La douleur n'est pas du sympathique, mais par le sympathique ».

Mais l'action du sympathique dans la douleur est de toute première importance, comme le démontrent les faits suivants :

« Si en face d'une douleur topographiquement bien déterminée, une douleur certainement du type cérébro-spinal, on infiltre de novocaïne le sympathique correspondant, cette douleur disparaît. L'anesthésie d'un système supprime la douleur installée dans l'autre ».

Nous retiendrons de ce qui précède que le sympathique est à l'origine de beaucoup de phénomènes douloureux, puisque même quand il n'est pas directement en cause, si l'on suspend son action par un toxique, on fait disparaître la douleur. Il nous semble donc inutile dans le cas qui nous intéresse de chercher à rattacher la douleur dans l'orché-épididymite à l'un des deux types de douleur que

nous avons défini, puisque nous savons que si nous pouvons atteindre le sympathique de la région nous agirons favorablement sur les phénomènes douloureux.

Rappelons donc et très brièvement l'innervation sympathique des organes génitaux de l'homme.

C'est du plexus spermatique que viennent les principaux filets sympathiques qui innervent le testicule et l'épididyme. Le tronc nerveux spermatique formé par la réunion de racines rénales et mésentériques est le plus souvent unique. Il chemine avec les vaisseaux spermatiques sans place fixe dans le paquet : il est le plus souvent perdu au milieu des vaisseaux.

Chez l'homme le nerf simple ou double à sa terminaison aborde avec les vaisseaux spermatiques le bord postéro-supérieur du testicule dans son tiers antérieur et se divise en de nombreuses branches terminales qui pénètrent dans la glande.

Aucun filet macroscopiquement décelable n'accompagne les artères épидидymaires et il ne semble pas que l'épididyme reçoive des nerfs de cette source.

Les nerfs spermatiques sont dans leur segment terminal proches du plexus nerveux déférentiel et peut-être existe-t-il au-dessus de la tête de l'épididyme une anastomose entre les deux plexus.

Mais à côté de ces nombreuses branches terminales du plexus déférentiel et mésentérique qui se perdent dans le canal déférent, l'épididyme et le testicule, nous trouvons dans le cordon un très riche système vasculaire au niveau duquel les terminaisons nerveuses sympathiques sont particulièrement importantes. Nous sommes donc assuré de trouver au niveau du cordon une innervation sympathique que nous pourrions atteindre très facilement. Comment donc allons-nous suspendre l'action du sympathique et agir sur la sensibilité douloureuse ?

Nous injectons dans le cordon du côté lésé, à la sortie du canal inguinal, une certaine quantité de sérum physiolo-

gique, variant de 80 à 100 centicubes. Cette injection faite sous pression et poussée assez rapidement (deux à trois minutes) provoque au niveau des éléments du cordon une distension brutale : ceux-ci sont alors brusquement dissociés et les terminaisons sympathiques, qui comme nous venons de le voir, sont particulièrement nombreuses à ce niveau, sont sans aucun doute sectionnées : il s'agit en quelque sorte d'une sympathectomie. L'injection descendant dans le cordon jusqu'au testicule (les bourses en effet deviennent volumineuses en quelques minutes) continue son œuvre de dissociation, atteignant ainsi presque toutes les terminaisons sympathiques de la région.

CHAPITRE IV

Technique de l'injection

Elle est très simple. Il suffit en effet d'avoir à sa disposition : une seringue de 100 cc.; une aiguille à injection intra-veineuse (aiguille à biseau court, d'assez gros calibre) ; un flacon contenant 100 cc. de sérum physiologique stérilisé.

On opère avec les règles habituelles de l'asepsie. Après avoir aseptisé la région inguinale avec de l'alcool iodé, on repère soigneusement le cordon spermatique au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, ce qui la plupart du temps est chose facile, car il est dans les orchio-épididymites aiguës très augmenté de volume par suite de la funiculite importante dont il est le siège.

On enfonce de un centimètre environ dans les éléments du cordon l'aiguille à biseau court : on attend quelques secondes pour s'assurer que l'on n'est pas dans un vaisseau; on adapte alors la seringue et l'on injecte en deux ou trois minutes environ tout le contenu, soit 80 à 100 cc. de sérum physiologique.

L'injection produit une très notable augmentation de volume du cordon et le gonflement gagne rapidement les bourses du côté injecté, réveillant pendant quelques minutes de la douleur à ce niveau. Mais bientôt — au bout d'un quart d'heure environ — non seulement ces souffrances dues à la distension brutale produite par l'injection dans une région déjà enflammée et très augmentée de volume, disparaissent, mais encore les douleurs que ressentait le malade du fait de son affection, commencent à s'atténuer.

En même temps d'ailleurs le sérum physiologique commence à se résorber et au bout de quelques heures le gonflement produit par l'injection a complètement disparu.

CHAPITRE V

Avantages et indications

Le traitement que nous préconisons est encore une méthode trop récente, et les observations sont trop peu nombreuses pour que nous puissions les juger d'une façon définitive. Cependant si nous analysons les résultats obtenus dans nos dix observations personnelles, nous pouvons dès maintenant constater que cette thérapeutique a donné chez nos malades d'excellents résultats.

Elle présente sur les autres méthodes les avantages suivants :

1. *Soulagement immédiat et durable.* — Le patient est en effet soulagé, dès les heures qui suivent l'injection. Les douleurs qui auparavant étaient souvent intolérables, sont non seulement supportables, mais encore commencent à s'atténuer.

Dès le lendemain les douleurs spontanées ont presque complètement disparu : le testicule et l'épididyme sont beaucoup moins sensibles à la pression.

Au bout de quarante-huit heures : plus de douleurs spontanées, et la palpation réveille une sensibilité testiculaire presque normale. Ces améliorations ne cesseront pas de s'accroître dans les jours suivants, le cordon étant l'organe qui reste sensible le plus longtemps. Dans la majorité des cas la guérison est complète du quinzième au vingtième jour, date à laquelle le testicule et l'épididyme ont presque repris leur volume normal. Certes, nous ne diminuons

guère la durée de l'évolution de la maladie, mais nous avons au moins l'immense avantage sur toutes les autres méthodes que nous avons étudiées tout à l'heure, de soulager immédiatement le malade en rendant son affection à peu près insensible dès les premières heures et totalement indolore au bout de quarante-huit heures.

2. *Notre traitement étant ambulatoire* permet au malade de reprendre très rapidement sa place dans la vie sociale. Il pourra en effet marcher sans souffrir vingt-quatre heures après l'injection, et nous voyons même dans une de nos observations le patient parcourir très facilement une distance d'environ trois cents mètres, une heure à peine après l'injection.

Enorme progrès par conséquent sur les méthodes classiques qui gardent le patient alité pendant au moins toute la période d'état de la maladie, soit quinze à vingt jours environ.

Et gros progrès aussi sur certaines thérapeutiques que nous avons passées en revue et qui ne permettent au malade de se lever que vers le cinquième jour.

3. *Notre méthode est simple par excellence.*

Elle est à la portée de tous les praticiens et ne demande aucune spécialisation, d'où son grand intérêt pratique.

Elle est commode pour le malade, puisque l'intervention étant unique, elle supprime pour lui l'assujettissement à une thérapeutique ennuyeuse et à des soins fatigants et douloureux.

Innocuité aussi de notre intervention, puisque nous injectons un produit qui se résorbe très facilement et sans occasionner de troubles.

4. Dernier avantage enfin, l'intervention n'est pas douloureuse, surtout quand on la compare aux traitements extrêmement pénibles préconisés par certains; la légère douleur que ressent le malade au moment de l'injection n'est pas en effet à retenir, tellement elle disparaît rapidement.

Quant aux *indications* de notre méthode, elles sont bien délimitées.

Nous laisserons en effet de côté toutes les orché-épididymites chroniques et ne nous intéresserons qu'aux orché-épididymites aiguës dans lesquelles l'élément « douleur » joue un rôle capital.

Et parmi celles-ci nous aurons surtout l'occasion de traiter celles qui sont les plus fréquentes dans la pratique courante : les orché-épididymites à gonocoque et les orché-épididymites à colibacille chez les urinaires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite blennorragique aiguë du côté gauche.

G... (Georges), vingt-quatre ans, garçon de café, hospitalisé dans le service de M. le Professeur Duvergey, est porteur d'une blennorragie chronique qui traîne depuis sept ans, et qui se manifeste actuellement par un écoulement matinal.

Une orchi-épididymite du côté gauche est apparue le 12 novembre 1937, à la suite d'un traumatisme local assez léger. Elle est très douloureuse, le maximum de douleur siège au niveau de l'épididyme lésé, mais elle s'irradie vers le canal inguinal et va en diminuant vers l'hypogastre et la région lombaire. A l'inspection les bourses sont rouges, assez volumineuses et congestionnées, surtout à gauche. La palpation permet de constater un testicule gauche augmenté de volume (la vaginale contient sans doute un peu de liquide) et en arrière un gros noyau dur au niveau de la queue de l'épididyme. Cet examen est très douloureux. Pas de température.

Le 17 novembre 1937, c'est-à-dire sept jours après l'apparition de l'orchite, on fait une injection de 100 cc. de sérum physiologique dans le cordon gauche (D^r Penaud). Celle-ci est douloureuse, mais dès que l'aiguille est retirée la douleur cesse. Dans les heures qui suivent, la douleur régresse rapidement et le malade peut marcher sans ressentir de gêne le lendemain du jour où l'on a fait l'injection. Par la suite l'amélioration persiste et progresse; les jours suivants toute douleur a complètement disparu et en quinze jours le testicule et l'épididyme sont revenus à peu près à leur volume normal et ont retrouvé leur sensibilité normale à la pression.

OBSERVATION II (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite blennorragique aiguë du côté gauche.

D... (Germain), vingt-trois ans, marin, entre dans le service de M. le Professeur Duvergey le 25 novembre 1937. Dans ses antécédents, on note une orchi-épididymite à droite en 1934.

Actuellement il est porteur d'une blennorragie apparue le 5 octobre 1937 et soignée par des lavages au permanganate de potassium; elle s'est compliquée il y a quinze jours d'une orchi-épididymite du côté gauche qui le fait énormément souffrir et qui rend la marche impossible. Les douleurs spontanées très violentes au niveau du testicule et de l'épididyme lésés, s'irradiant vers le périnée, la région hypogastrique et les lombes. Pas de température.

A l'examen, les bourses à gauche surtout sont très augmentées de volume, rouges, infiltrées, chaudes. La palpation, que l'on pratique difficilement tellement la région est sensible, révèle un gros testicule, dur, coiffé d'un énorme épididyme. Le canal déférent est gros et douloureux jusque dans le canal inguinal.

Le 27 novembre 1937, on injecte 100 cc. de sérum physiologique dans le cordon gauche. Cette injection est douloureuse pendant quelques minutes, mais bientôt la douleur se calme et il ne persistera pendant vingt-quatre heures qu'une légère gêne au niveau du cordon et des bourses du côté gauche. Le lendemain cette gêne a disparu : le malade ne souffre plus spontanément; on peut palper son testicule, et la marche est possible. Les jours suivants, le malade continue à marcher sans souffrance et le 6 décembre 1937 la palpation forte du cordon, du testicule et de l'épididyme ne réveille qu'une sensibilité normale : ces organes reprennent peu à peu leur volume normal.

OBSERVATION III (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite blennorragique aiguë du côté droit.

D... (Roger), trente-trois ans, cordonnier, entre dans le service de M. le Professeur Petges, le 26 novembre 1937, pour orchite du côté droit apparue quatre jours avant.

Le malade a présenté un mois et demi auparavant une blennorragie qu'il ne soigna pas. A son entrée à l'hôpital l'écoulement persiste. Il présente une grosse orchi-épididymite : l'hémi-scrotum droit est rouge, œdématié, dur; testicules, épididyme et cordon sont augmentés de volume et très douloureux spontanément et à la palpation. Pas de température.

Le 2 décembre 1937, dans le service de M. le Professeur Duvergey, injection dans le cordon droit de 100 cc. de sérum physiologique. La piqûre est douloureuse, mais au bout de quelques minutes toute douleur a complètement disparu et le malade peut parcourir sans souffrir une distance d'environ 300 mètres pour rejoindre son service, trajet qui avait été extrêmement pénible avant la piqûre. Les jours suivants l'amélioration s'accroît, la sensibilité du testicule diminue, la palpation n'est presque pas douloureuse et le malade continue à marcher sans souffrance.

Le 8 décembre 1937 le testicule et l'épididyme sont encore assez volumineux, et la palpation du cordon réveille une légère douleur, mais toute douleur spontanée a complètement disparu et le malade marche toujours très facilement sans souffrir.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Guy PENAUD)

Orchi-épididymite blennorragique aiguë du côté gauche.

D... (Pierre), étudiant, présente une blennorragie chronique mal soignée avec des poussées aiguës de temps à autre.

Le 8 décembre 1937, au matin, il est réveillé par une vive douleur siégeant au niveau de la bourse gauche, qui est dou-

blée de volume. M. le Docteur Penaud, consulté, lui fait le jour même une injection de 100 cc. de sérum physiologique; douleur très vive au moment de l'injection mais vite calmée. Trois jours après le malade put venir suivre ses cours à la Faculté. L'évolution de cette épидидymite a été normale par la suite.

OBSERVATION V (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épидидymite blennorragique aiguë du côté droit.

G... (René), trente-neuf ans, peintre, entre dans le service de M. le Professeur Duvergey, le 23 février 1938, pour récive d'abcès de la prostate déjà opéré.

En 1917, il contracte une blennorragie qu'il soigne par le repos et le régime lacté.

En 1934, l'écoulement reprend; il le traite par des injections de permanganate de potassium.

En 1935, il est opéré dans le service de M. le Professeur Duvergey d'un abcès de la prostate.

En 1937, nouvel abcès de la prostate pour lequel il est encore opéré. Il fait alors une orchite gauche traitée par le repos au lit.

En février 1938, il entre de nouveau dans le service de M. le Professeur Duvergey pour abcès de la prostate qui s'ouvre spontanément dans l'urètre. Presque simultanément il ressent une légère douleur dans le testicule droit, douleur qui va aller en augmentant et s'irradie vers l'abdomen, le périnée, la région lombaire; le cordon est douloureux, la température est de 37° 8.

A l'inspection la bourse droite est augmentée de volume : elle est rouge, œdématisée.

A la palpation on constate que la bourse droite est infiltrée, chaude, douloureuse; le testicule est gros et coiffé d'un épидидyme dont le volume est très augmenté et qui est excessivement douloureux.

Le 3 mars 1938, injection de 85 cc. de sérum physiologique dans le cordon droit : elle est assez douloureuse pendant quel-

ques minutes, mais un quart d'heure après le malade ressent déjà du soulagement; les douleurs spontanées ont diminué d'intensité et dans les instants suivants c'est à peine si la pression de l'épididyme réveillera une légère douleur.

Dans les heures suivantes le malade se lève et marche sans souffrir pendant quelques instants. Le lendemain et les jours qui suivent plus de température, le malade se déplace sans douleur. On peut palper son épидидyme sans réveiller de souffrance, et c'est à peine s'il persiste une légère gêne au niveau du cordon injecté. Le testicule et l'épididyme diminuent de volume et le vingtième jour le malade part guéri avec des organes génitaux qui reviennent peu à peu à leur volume normal.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite aiguë à colibacille du côté gauche.

J... (Alexandre), trente-huit ans, cantonnier, entre dans le service de M. le Professeur Duvergey en *décembre 1937* pour pyélonéphrite à colibacille. Dans ses antécédents on relève une affection pulmonaire bacillaire, une blennorragie en 1918 et une orchite à gauche en 1923.

Le 23 décembre 1937, on lui fait une urétrotomie.

Le 10 janvier 1938, il ressent une légère douleur au niveau du testicule gauche : on note la présence d'un noyau douloureux à la queue de l'épididyme du même côté, mais ces phénomènes ne persistent pas et tout rentre rapidement dans l'ordre.

Le 12 mars 1938, une orchi-épididymite se constitue à gauche. Le malade recommence à souffrir de son testicule gauche et bientôt les douleurs deviennent très violentes, lancinantes, réveillées par le moindre contact, et s'irradiant vers le périnée, la région crurale, l'abdomen et la région lombaire.

Les bourses sont gonflées, rouges, infiltrées, chaudes; le testicule et l'épididyme surtout sont très augmentés de volume; l'épididyme recouvre complètement le testicule; il est dur,

bosselé, et la palpation même légère est excessivement pénible. Le cordon est gros, dur, douloureux. La température est normale.

Le 17 mars 1938, injection qui n'est pas douloureuse de 100 cc. de sérum physiologique dans le cordon gauche. Quelques instants après, le malade ressent un grand soulagement.

Le lendemain, plus de douleurs spontanées; la pression est encore un peu douloureuse, mais le malade peut marcher sans souffrir.

Les jours suivants, il continue à se déplacer sans souffrances et la palpation de l'épididyme réveille une sensibilité normale.

Il revient quelques faibles douleurs dans le cordon par intermittence pendant trois ou quatre jours, puis tout se calme et le quinzième jour après l'injection il ne reste de son orchio-épididymite qu'un épididyme qui est encore un peu gros.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite à colibacille du côté droit.

I... (Antoine), soixante-neuf ans, cultivateur, est hospitalisé dans le service de M. le Professeur Duvergey où il a été opéré en février 1938 d'un adénome de la prostate.

Le 14 mars 1938, il ressent une pesanteur et une gêne dans les bourses; le lendemain, ces phénomènes s'accroissent et quand nous l'examinons, le 17 mars 1938, il est porteur d'une orchio-épididymite du côté droit.

Il ressent de violentes douleurs dans le testicule avec irradiation vers le périnée, la région crurale, l'abdomen. La température est à 38° 4.

A l'examen, on constate que le scrotum, à droite surtout, est rouge, infiltré, chaud; le testicule et l'épididyme particulièrement sont très augmentés de volume et très sensibles même à une palpation très légère. Le cordon est gros, dur, douloureux.

Le 18 mars 1938, on injecte 80 cc. de sérum physiologique dans le cordon droit. Dans les heures qui suivent l'injection,

le malade constate que sa douleur a diminué d'intensité. Le lendemain, toute douleur spontanée a complètement disparu; la palpation du testicule droit, qui était très pénible la veille, n'est presque pas douloureuse. La température est retombée à 37° 5.

Le surlendemain, l'amélioration persiste; plus aucune douleur à la palpation du testicule et de l'épididyme; le cordon n'est plus douloureux, l'inflammation des bourses tend à disparaître.

Dans les jours suivants, l'évolution vers la guérison se poursuit rapidement et le quatorzième jour après l'injection, il n'y a plus de trace d'orchite; le testicule et l'épididyme ont repris leur volume normal.

Il est à noter que l'on n'a pas pu faire lever le malade, encore très affaibli par son opération récente (prostatectomie) et qui était encore porteur d'une sonde vésicale à demeure.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite blennorragique du côté gauche.

H... (César), trente-six ans, cultivateur, est hospitalisé le 23 mars 1938 dans le service de M. le Professeur Petges. Il a contracté huit jours avant une blennorragie qu'il a soignée chez lui par des injections de permanganate de potassium. L'orchite est apparue cinq jours après le début de la blennorragie.

Le 25 mars 1938, il est porteur d'une grosse orchi-épididymite du côté gauche excessivement douloureuse. Les douleurs, qui sont continues, s'irradient vers l'abdomen et la région lombaire. Les bourses, du côté gauche surtout, sont tuméfiées, rouges, chaudes; le testicule est gros et recouvert par un énorme épидидyme excessivement douloureux à la palpation. Le cordon est dur et douloureux. L'écoulement urétral est important.

Le 26 mars 1938, injection de 80 cc. de sérum physiologique dans le cordon gauche. Dans les heures suivantes, le malade

est soulagé et le lendemain on constate une grosse amélioration; les douleurs spontanées ont disparu et la palpation n'est presque plus douloureuse.

Le deuxième jour après l'injection, l'amélioration se perfectionne; le malade peut marcher sans souffrir et c'est à peine si l'on réveille une légère douleur en palpant l'épididyme.

Dans les jours qui suivent, le malade continue à se lever, la sensibilité de l'épididyme est normale, le gonflement diminue petit à petit. Au douzième jour, le testicule et l'épididyme sont encore un peu gros, mais le malade continue à se déplacer sans souffrances. L'écoulement urétral, qui avait diminué, reprend alors plus épais qu'auparavant.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Personnelle)

Orchi-épididymite bilatérale à colibacille chez un prostatique.

H... (Voltaire), soixante-dix-sept ans, charron, entre le 28 mars 1938 dans le service de M. le Professeur Duvergey pour y être opéré d'un adénome de la prostate; il est en rétention depuis quinze jours et il est porteur d'une sonde vésicale à demeure.

Depuis huit jours déjà il présente une volumineuse orchi-épididymite bilatérale excessivement douloureuse; douleurs qui s'irradient vers le cordon, l'abdomen, la région lombaire. Le scrotum est rouge, épaissi, tendu, très dur; le testicule et l'épididyme qui sont très augmentés de volume sont très sensibles à la moindre palpation; grosse funiculite très douloureuse des deux côtés. Température à 38°. Le malade a 1 gr. 10 d'urée sanguine.

Le 30 mars 1938, injection dans chaque cordon de 80 cc. de sérum physiologique qui soulage très rapidement le malade. Dans les heures suivantes les douleurs ont considérablement diminué; le lendemain l'amélioration persiste; la température tombe à 37°. Les jours suivants le malade qui souffrait énormément avant l'injection ne ressent plus aucune douleur. Le

malade étant très faible, ses bourses étant très volumineuses, et comme il est porteur d'une sonde à demeure on ne le fait pas lever. Cependant le gonflement des bourses ne disparaît pas et huit jours après le malade recommence à souffrir, la tension augmente au niveau du scrotum, la température remonte. On craint une suppuration, qui ne tardera pas en effet à se produire et qui nécessitera une double incision.

Il est à noter que même dans ce cas particulier : vieillard profondément infecté localement, très affaibli, ayant 1 gr. 10 d'urée sanguine, l'injection bilatérale quoique faite tardivement (plus de dix jours après le début de la maladie) a amené cependant une cessation immédiate de la douleur, amélioration qui a duré huit jours, jusqu'au moment où le pus a commencé à se collecter.

OBSERVATION X (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Guy PENAUD)

Orchi-épididymite aiguë blennorragique du côté gauche.

L... (Roger), étudiant en médecine, vingt-deux ans, vers la quatrième semaine d'une blennorragie, commence une épидidymite du côté gauche prenant tout l'organe d'emblée. M. le Docteur Penaud qui le voit le jour-même pratique aussitôt une injection de 90 cc. de sérum physiologique dans le cordon. Douleur vive persistant pendant une demi-heure; mais le lendemain, l'étudiant put se rendre au cours. La funiculite n'est guère améliorée; le malade continue à souffrir au niveau du cordon dans le canal inguinal, mais ne souffre plus de son testicule.

CONCLUSIONS

1. Malgré le nombre restreint de malades que nous avons traité, nous pensons que l'injection de sérum physiologique dans le cordon constitue le traitement de choix des orchio-épididymites aiguës.

2. Dirigé avant tout contre le symptôme dominant cette affection, « la douleur », sa pathogénie se résume à la suppression totale de cet élément douleur par action mécanique locale sur le sympathique du cordon.

3. Notre méthode est appelée à se substituer à tous les moyens employés jusqu'à ce jour, car sa technique très simple la met à la portée de tout praticien.

4. Toutes nos observations s'accordent à démontrer, outre l'inocuité de la méthode, la valeur, la constance et la rapidité de ses résultats.

5. L'injection de sérum physiologique ne comporte aucune contre-indication et devra être pratiquée dès le début dans toute orchio-épididymite aiguë.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
PIERRE MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 Mai 1938.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- DU CASTEL et DESNOS. — Traitement de l'orchi-épididymite blennorragique. *Bulletin médical* de 1898.
- FRENKEL. — Traitement des épididymites gonococciques et traumatiques par l'hyperémie provoquée. *Annale des maladies des organes génitaux urinaires* de 1909.
- HAMONIE. — Mon procédé de traitement des orchi-épididymites par injections interstitielles d'argent colloïdal. *Congrès d'urologie* de 1912.
- HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système grand sympathique.
- LE DENTU (A.) et DELBET (P.). — Maladies des organes génitaux de l'homme. *Nouveau traité de chirurgie*.
- LERICHE (R.). — La chirurgie de la douleur.
- LORIN. — Traitement des orchi-épididymites d'origine urétrale par les courants continus. *Thèse de Paris* du 22 mai 1890.
- LUYS. — Traitements des épididymites gonococciques aiguës par les injections d'électrargol combinées avec la compression hyperémique du foyer épididymaire. *Congrès d'urologie* de 1918.

